

Medisch onbegrepen lichamelijke klachten bij veteranen

Het Post-deploymentsyndroom, diagnose en zorg in ontwikkeling

Dr. E. Vermetten en dr. W.S. de Loos*

Inleiding

De Nederlandse krijgsmacht wordt al sinds jaren geconfronteerd met een groep militairen en veteranen - geschat op 10 tot 15% - die na uitzending melding maakt van langdurig optredende, medisch onbegrepen lichamelijke klachten die tot een aanzienlijke mate van medische consumptie en werkverzuim leiden. Dit probleem doet zich niet alleen in Nederland voor. Ook landen zoals de Verenigde Staten en Engeland melden chronische, onbegrepen gezondheidsklachten na uitzending (Haley et al., 1997; Engel et al., 1998; Kroenke et al., 1998; Ismail et al., 1999, Soetekouw et al., 2000a). In het merendeel van de gevallen is hiervoor geen adequate medische behandeling voorhanden (Cherry et al., 2001). Slechts een klein aantal wordt met goed resultaat binnen dan wel buiten de defensieorganisaties geholpen. Voor het grootste deel van deze groep kan er echter binnen de mogelijkheden van de huidige verstrekkingenpakket in de gezondheidszorg geen adequate medische behandeling worden gevonden.

Belangrijk is het te constateren dat de gerapporteerde gezondheidsklachten aan verschillende uitzendingen zijn gerelateerd en derhalve niet uitzendingsspecifiek lijken. Wel zijn er aanwijzingen dat het culturele patroon van het tijdsgewricht invloed heeft op de presentatie. In de Amerikaanse Burgeroorlog overheersten klachten zoals hartkloppingen, diarree en uitputting onder de naam *soldier's heart or irritable heart* (Da

* Dr. E. Vermetten is als psychiater/psychotherapeut verbonden aan de Afdeling Psychiatrie van het Centraal Militair Hospitaal en de Divisie Hersenen van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Dr. W. de Loos is internist en verbonden aan de Afdeling Psychiatrie van het Centraal Militair Hospitaal en de Zorgeenheid Interne Geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum te Utrecht. Tevens is hij consultant interne geneeskunde bij de Bavo RNO Groep te Rotterdam.

Costa, 1871). In de periode van de Victoriaanse militaire campagnes, de Boerenoorlogen en de Eerste Wereldoorlog overheerste het cluster van snelle hartslag, tremor, hoofdpijn, duizeligheid, gewrichtspijnen, slaapstoornissen, gewichtsveranderingen en angst, terwijl depressies, geheugenproblemen, prikkelbaarheid en concentratiestoornissen opmerkelijk weinig werden vermeld. Een tweede cluster leek zich af te tekenen in de Eerste Wereldoorlog met als voornaamste klachten snelle hartslag (*disordered action of the heart*), kortademigheid, moeheid en duizeligheid (Jones et al., 2002). Toen ontstond ook de naam *effort syndrome* met opmerkelijke gelijkenis met het tegenwoordige chronische-vermoeidheidsyndroom (Lewis, 1918). In de Tweede Wereldoorlog was er veel vaker dan voorheen sprake van oorlogssyndromen met een duidelijk psychiatrisch symptomencomplex die ook als zodanig werden geduid. Toen en tijdens de conflicten in Maleisië, Korea en de Perzische Golf was er veel vaker sprake van moeheid, hoofdpijn, depressie en slaapstoornissen, terwijl een korte aandachtsspanne, vergeetachtigheid, snelle hartslag, kortademigheid, tremor, duizeligheid, algehele zwakte, gewrichtspijnen, rugpijn, transpireren, prikkelbaarheid, concentratiestoornissen, opvliedendheid, karakterveranderingen, nachtmerries en gewichtschommelingen matig waren vertegenwoordigd (Jones et al., 2002). Dit gold dan met name voor Britse militairen en veteranen.

In de recente verslagen komen beschrijvingen voor met karakteristieken zoals migraineuze hoofdpijnen, onbegrepen buikklachten en multipele chemische overgevoeligheid (Nisenbaum et al., 2000; Reid et al., 2001). Er wordt vaak gewag gemaakt van cognitieve stoornissen (aandacht en geheugen) en van stemmingsstoornissen (angst en depressie). Er is sprake van een aanzienlijke medische consumptie en zelfs van frequente hospitalisatie (Gray et al., 1996), hoewel de prognose met betrekking tot vitale functies en levensverwachting uitstekend lijkt (Kang & Bullman, 1996). Epidemiologische studies beschrijven een heterogene populatie, maar met overeenkomstige symptomen van vermoeidheid, gewrichtspijnen, hoofdpijn, geheugen- en concentratiestoornissen, slaapproblemen en andere chronische gezondheidsproblemen, resulterend in verminderde *quality of life* en functionele beperkingen (Kroenke et al., 1998; Fukuda et al., 1998; Nisenbaum et al., 2000; Chalder et al., 2001; Reid et al., 2001; Voelker et al., 2002). Zoals juist gesteld is de stoornis niet gerelateerd aan specifieke uitzendingen, maar komt deze voor na alle soorten uitzendingen naar zeer verschillende geografische gebieden. De stoornis is voor verschillende NAVO-missies en voor krijgsmachten van

landen als de Verenigde Staten, Groot-Brittannië, Canada, Frankrijk en Nederland beschreven. Hoewel door de betrokkenen vaak gefocused wordt op de uitzending lijken de gerapporteerde gezondheidsklachten in deze epidemiologische studies niet uitzendingsspecifiek te zijn. Als tweede factor, naast het ontbreken van specificiteit en de uitgebreidheid van de gerapporteerde klachten, is het opvallend dat er een syndromaal karakter van de klachten lijkt te bestaan. Dat wil zeggen dat er een opmerkelijke overeenkomst tussen de klachtenrapportages bestaat.

In de Nederlandse situatie zijn dergelijke symptoomcomplexen bekend betreffende de volgende missies: Cambodja (UNTAC), Desert Shield/Desert Storm, en Lukavac (UNPROFOR). Vanwege het ontbreken van een uitzendingsspecifiek symptoomcomplex (die echter wel in verschillende naamgevingen doorklonk zoals *Persian Gulf War syndrome*, *jungle-syndroom* en *Lukavac-syndroom*) werd voorgesteld dit complex van klachten samen te vatten als *veteran's syndrome* (Soetekouw et al., 2000a; De Loos, 2000) of '*post-uitzendingssklachten*', respectievelijk '*post-deployment syndrome*' (De Loos/Unck, persoonlijke mededeling; De Vries, 2002).

Begripsafbakening

Het begrip *post-deploymentsyndroom* is relatief onontgonnen terrein. Het vormt echter een groot probleem voor het individu dat zich met deze gezondheidsklachten geconfronteerd ziet. Onder *post-deployment-syndroom* (PDS) wordt verstaan het geheel aan chronische klachten waarmee (oud-) militairen die uitgezonden zijn geweest naar een oorlogsgebied, als vredehandhavers, mensenrechtenmonitoren, noodhulpverleners of voor politiediensten in VN-, NAVO-, EU- of OVSE-verband, zich in het medisch circuit begeven zonder dat daarbij een afdoende somatische of psychiatrische verklaring wordt gevonden. PDS is een functioneel syndroom dat erg lijkt op het *chronische-vermoeidheidsyndroom* en dat is op te vatten als een somatoforme stoornis waarbij er gedeeltelijke overeenkomsten zijn met de PTSS. In aantallen uitgedrukt kan op basis van de literatuur worden voorspeld dat na iedere uitzending 10 à 15% van de uitgezonden militairen min of meer invaliderende gezondheidsklachten ontwikkelt met een chronisch karakter die overwegend als lichamelijk worden gepresenteerd. Het betreft dan meestal chronische vermoeidheid, chronische pijn (spieren en gewrichten, hoofd, nek, schouders en rug), zweten, slaapstoornissen, geheugen- en

concentratiestoornissen, huidirritatie, keelpijn, klachten van de luchtwegen, buikklachten, enzovoorts. Medische behandelingen of rust brengen geen blijvende genezing en de betrokkene, alsmede zijn of haar naaste omgeving, lijden er sterk onder. In ruim twee derde van de gevallen is de aanvang van de klachten gelegen in de eerste maanden na terugkeer van de uitzending. Militairen die terugkeren en dergelijke klachten rapporteren zijn vaak verontrust. Het is niet ongevoen dat in de eerste presentatie plaatselijke omstandigheden tijdens de uitzending als verklaring worden aangewezen. Wij spreken dan van PDS wanneer de klachten in pathofysiologische zin niet door dergelijke omstandigheden kunnen worden verklaard.

In Nederland is reeds betrekkelijk veel onderzoek naar het PDS verricht. Bij een groep van 2700 Cambodjaveteranen is aan de Vrije Universiteit te Amsterdam en de Katholieke Universiteit Nijmegen onderzoek gedaan naar mogelijke oorzakelijke factoren van deze onbegrepen gezondheidsklachten. Tabel 1 geeft een overzicht van de bevindingen bij dit onderzoek (Soetekouw et al., 2000a). Het merendeel van de testen in dit onderzoek leverde slechts negatieve bevindingen op. In bijzonder microbiologisch, immunologisch en vaccinatieonderzoek leverden geen begrijpelijke verklaring op, maar met betrekking tot activiteiten, inspanning en psychologie waren er juist wel positieve bevindingen. Ondanks de onduidelijkheid in hoeverre dit primair oorzakelijke dan wel secundaire factoren zijn, zijn het op dit moment de enige aanknopingspunten voor interventie. In lijn met deze bevindingen is de enige vruchtbaar gebleken interventie een cognitief gedragstherapeutische behandeling, alsmede fysiotherapeutische interventies, gericht op oefentherapie en bewegings- en spelvormen (Cherry et al., 2001; Soetekouw et al., 2000b; Engel et al., 1998). Hierop gaan wij hieronder nader in.

Tabel 1: Samenvatting type onderzoek en bevindingen
Post-Cambodja-onderzoek (in: Soetekouw et al., 2000a)

Type Onderzoek	Negatieve Bevinding	Positieve bevinding
Intern-geneeskundig	<i>géén lichamelijke aandoening</i>	
Neurologisch	<i>géén lichamelijke aandoening</i>	
Neuroendocrinologisch	<i>Cortisolconcentratien niet afwijkend, ritme ongestoord</i>	
Psychiatrisch	<i>geen aanwijzingen psychiatrische ziekte</i>	
Persoonlijkheidstesten	<i>geen verschillen met militaire controles</i>	
Neuropsychologisch	<i>geen aandacht-, concentratie- en geheugenproblemen</i>	
Microbiologisch	<i>Actieve infectie: geen aanwijzingen</i>	<i>doorgemaakte infectie: 11%</i>
Immunologisch	<i>geen verstoorde balans T-cellen</i>	<i>kleine verschillen PCK groep</i>
Toxicologisch	<i>geen aanwijzingen meervoudige chemische overgevoeligheid</i>	<i>meer DEET gebruik PCK groep</i>
Vaccinatiegegevens		<i>PCK groep meer vaccinaties</i>
Activiteitsniveau		<i>lager niveau van ervaren activiteit dan militaire controles</i>
Psychologische vragenlijsten		<i>lagere self-efficacy, minder zelf-waardering, sterkere neiging tot somatiseren, somberder gestemd, meer negatieve sociale interacties</i>
Inspanningsfysiologie		<i>Slechtere conditie dan militaire controles en snellere hartslag</i>

Het Post-Cambodja-klachtenonderzoek gaf de politieke adviseurs van de minister van Defensie aanleiding op te merken:

‘Militairen met klachten na uitzending dienen een nader op de persoon afgestemd “begeleidingsplan/behandelplan” (“zorg op maat”) te doorlopen. Niet in alle gevallen kunnen de klachten direct herleid worden naar een medische en/of psychische component. Desondanks dienen deze klachten serieus te worden onderzocht. Indien (nog) geen duidelijke oorzaak gevonden kan worden, moet een (ook voor betrokkene) duidelijk traject gevolgd worden. De door de onderzoekers beschreven cognitieve gedragstherapeutische behandeling kan hiervan naar de mening van de Begeleidingscommissie deel uitmaken. Dit begeleidings-

of behandelplan zou in de optiek van de Begeleidingscommissie een “totaalplan” moeten zijn waarbij de geneeskundige en psychologische hulp gesynchroniseerd wordt met de hulp van het thuisfront, de fysieke rehabilitatie (conditieverhoging) en de terugkomst in het arbeidsproces (reïntegratie).’ (Rapport Commissie Tiesinga, 2000, p. 6)

Behandeling

Er is voor een post-deploymentsyndroom in enigerlei vorm in de literatuur geen standaardbehandeling bekend. De enige behandelingsvorm waarover voorzover ons bekend in de literatuur is gerapporteerd, wordt in het Walter Reed Army Medical Center te Washington DC (USA) toegepast naar analogie van de behandeling van - onbegrepen - pijnsyndromen (Engel et al., 1998). Met betrekking tot het chronische-vermoeidheidsyndroom (*chronic fatigue syndrome*, CFS), dat sterke overeenkomsten met PDS vertoont en er behoudens de oorzakelijke attributie klinisch niet van is te onderscheiden, is dit echter goed onderzocht. En gebleken is dat cognitieve gedragstherapie en klachten-discongruente oefentherapie effectieve behandelingen zijn (Whiting et al., 2001). Helaas, zoals één van de vooraanstaande vermoeidheidsonderzoekers Straus in de Verenigde Staten recent heeft geschreven, betreft het hier gespecialiseerde behandelingsvormen die tot op heden in beperkte mate beschikbaar zijn voor patiënten (Straus, 2002).

Het Centraal Militair Hospitaal (CMH) heeft de aanbevelingen van de Commissie Tiesinga vertaald in het ontwikkelen van een zorgprogramma en tracht nu bij de behandeling van PDS in de Nederlandse situatie een rol te spelen. De aspecten van dit zorgprogramma zijn ontleend aan verschillende bronnen zoals hierboven reeds aangegeven, en aan de literatuur over PDS. Deze literatuur richt zich met name op behandelingsstrategieën in het kader van het *Gulf War syndrome*, waarin interventies op het gebied van activiteiten, inspanning en psychologie benadrukt worden (Engel et al., 1998;). Dit heeft geleid tot een behandelingsmodel dat opereert in een ambulante setting, waarin gedurende een periode van tien weken aan de deelnemers van het programma tweemaal per week een multidisciplinair dagprogramma wordt aangeboden. De behandeling is opgezet als groepsbehandeling, waarin zes tot acht deelnemers per module kunnen participeren. Ook de naaste gezinsleden of partners worden enkele dagen bij het programma betrokken. De belangrijkste elementen van dit model zijn:

- Een intake door twee intakers van verschillende discipline, namelijk een psychiater en een psychosomatisch geschoolde internist, gevolgd door een brede psychologische evaluatie. Deze evaluatie dient enerzijds als controle op eventuele exclusiecriteria en anderzijds als mogelijkheid om behandelingsparameters te kunnen vastleggen, zodat daarmee naderhand een behandelingseffect kan worden gemeten.
- Cognitieve gedragstherapie met interventies ontleend aan oplossingsgerichte psychotherapie en gericht op een betere hantering van zijn klachten en het eventueel bijstellen van zijn zelfbeeld.
- Fysiotherapie en haptotherapie gericht op het goed functioneren ondanks klachten, op het beter leren kennen van het eigen lichaam en zijn grenzen (haptonomie) en op effectieve progressieve relaxatie. Dit alles op basis van een gedoseerd schema van oefeningen.
- Casemanagement, waarin wordt ingegaan op het sociaal functioneren en op het werk en op de beperkingen en handicaps die worden ervaren.
- Seminars als een vorm van gezondheidseducatie om de klachten in een bredere context te plaatsen.

Als afsluiting vindt er een slotbespreking van deelnemers, partners en behandelaars plaats. Analoog aan het Amerikaanse model worden er in een 'graduation ceremony' certificaten uitgereikt als bewijs van deelname en als betekenisvol ceremonieel.

Het is van groot belang veel aandacht te besteden aan de communicatie tussen de verschillende hulpverleningsdisciplines. Men moet elkaars taal leren verstaan, elkaars domeinen betreden en een geïntegreerde aanpak ontwikkelen. Dit impliceert werkbeprekingen, zoals patiëntenoverleg, overdracht tussen de behandelteams en algemeen overleg tijdens de loop van het programma.

Een belangrijke behandelingsvoorwaarde voor de patiënten in dit kader is dat zij in staat moeten worden geacht eigen verantwoordelijkheid te nemen om de betekenis van hun klachten te onderzoeken en wegen te vinden om deze te reduceren dan wel te accepteren. Daarbij behoort ook het inzicht dat er geen instrumentele oplossing van buitenaf kan zijn die hun tot dusverre steeds zou zijn onthouden. Als belemmeringen voor een zinvolle behandeling zien wij nog lopend onderzoek naar een medische verklaring voor de klachten, dat wil zeggen onderzoek naar een aannemelijk pathofysiologisch substraat, een verzekeringsprocedure in relatie tot deze klachten (die voortgang van de behandeling zou kunnen

beïnvloeden), en voorts ook ernstige psychiatrische problematiek zoals depressie, psychosen/wanen, verslavingsproblematiek, obsessief-compulsieve stoornissen, angststoornis en gedrags- of persoonlijkheidsstoornissen. Deze zouden namelijk beter op een andere manier kunnen worden behandeld. Ook een sterk ontregeld (ziekteonderhoudend) thuissysteem dat (blijvend) effect van behandeling zou kunnen verhinderen, lijkt een belemmering. Dit impliceert dat een gesprek met het thuissysteem (partner, ouder) dan ook onderdeel moet zijn van de intakeprocedure. Een dergelijk zorgprogramma heeft in een pilot op het Centraal Militair Hospitaal gedraaid. Wij schetsen hier de evaluatie van de eerste groep in dit unieke programma, dat vanuit de Defensieorganisatie is ondersteund. Deze eerste evaluatie die direct na afloop van het behandelprogramma werd gehouden, leverde inzichten op uiteenlopende niveaus op.

Evaluatie

De deelnemers

De patiënten waren gerecruteerd uit diverse lopende poliklinische contacten die plaatsvonden binnen het CMH. Er is geen externe werving nodig geweest om de groep samen te kunnen stellen. Diverse behandelaren van het behandelend team hadden patiënten in hun caseload die aan de inclusiecriteria voldeden. Er werden tien patiënten gescreend door de primaire intakers (psychiater en internist) waarna er zes in konden stromen.

Er was een leeftijdsverschil van achttien jaar tussen de oudste en jongste deelnemer. Er zaten zowel actief dienende militairen als veteranen in de groep. Deze militairen waren bij verschillende uitzendingen betrokken te weten: Libanon, Cambodja, en Bosnië. De groep was ook sterk heterogeen in klachtenpresentatie. Genoemd werden diffuse duizeligheid, hoofdpijn, spier- en gewrichtspijnen, geheugen- en aandachtsstoornissen, maar wel steeds met onderliggende vermoeidheid als centraal thema. Ondanks het leeftijdsverschil, de diversiteit in uitzendingen en klachtenpresentatie, vertoonde de groep op enkele uitzonderingen na veel cohesie en teamgeest. De participatie van de meeste deelnemers was goed, vol overtuiging, met aandacht en goede presentie. Ten aanzien van het behandelprogramma heerste er een atmosfeer dat 'de klus geklaard' moest worden. Gemeenschappelijk element was dat alle deelnemers een gebrek aan erkenning ervoeren voor hun klachten en problemen en daarnaast waren vastgelopen in een medische of paramedische behandeling.

In algemene zin viel op dat de deelnemers veel waarde hechtten aan erkenning door de omgeving. Het leek haast alsof het een voorwaarde was voor het aangaan van een werkrelatie met de behandelaars. Twijfel aan de erkenning dat het hier een echte ziekte betrof, bracht veel weerstand met zich mee. Ook was de neiging tot het toedekken van conflicten (*covert hostility*) goed merkbaar. Soms werd dit toedekken doorbroken door uitingen van frustratie, verbale agressie en onhandelbaar gedrag. In één geval leidde dit tot het demonstratieve vertrek van één van de deelnemers. Ook kwam dit naar voren tijdens een seminar over verzekeringsgeneeskundige aspecten, waarbij twee deelnemers onder het uiten van onredelijke beschuldigingen boos en verongelijkt de ruimte verlieten. Deze gedragsinteracties wijzen op gekrenkt narcisme, maar ook op een gestoorde conflicthantering. Deze konden therapeutisch aangepakt worden in de onderdelen oplossingsgerichte psychotherapie, haptotherapie, en enkele 'rap'-uurtjes. Dit waren niet geplande onderdelen waar plaats voor ontstond als bepaalde onderdelen niet goed op elkaar aansloten. De agenda werd dan even losgelaten en er werd vrij-associatief aandacht gegeven aan hoog opgelopen gevoelens van frustratie en onbegrip, schaamte, wanhoop en verdriet.

In de psychologische baseline-meetingen viel op dat de groep hoog scoorde op angst, agorafobie, somatische klachten, insufficiëntie in denken en handelen, wantrouwen, hostiliteit, slaapproblemen en psycho-neuroticisme. De groep presenteerde zich na een eerste analyse van het psychometrische materiaal als duidelijk verschillend van de groepen met posttraumatische stress-stoornissen. Een enkele patiënt plaatste zich buiten de groep en demonstreerde veel passief verzet hetgeen enkele crisis-interventies noodzakelijk maakte. Bij hem waren, als enige, de klachten in de loop van de behandelperiode duidelijk toegenomen. De betrokken patiënt plaatste zich ook zozeer buiten de groep en ontplooidde zoveel passief verzet dat hij aan vele onderdelen eigenlijk nauwelijks heeft meegedaan. Achteraf zijn wij van mening dat hij op grond van het criterium persoonlijkheids-/gedragsstoornis geëxcludeerd had moeten worden. In de beoordeling van het behandelingseffect zijn zijn gegevens dan ook buiten beschouwing gelaten. Niettemin bleek hij achteraf wel persoonlijke winst te hebben geboekt. Hij heeft zich inmiddels aangemeld voor voortgezette psychiatrische hulp met als mogelijke diagnose een posttraumatische stress-stoornis.

Gevraagd naar hun eigen oordeel gaven twee deelnemers aan dat ze niet goed genoeg vooruit waren gegaan, en twee dat zij minder goed in staat

waren een leven te leiden zoals ze dat zelf zouden willen. Op een open vraag op welk gebied de meeste verbetering was opgetreden kwamen antwoorden als 'het beter kunnen omgaan met klachten' en 'minder duizelingen'. Bij een tweede evaluatie kwam in een open bespreking met de deelnemers als algemene conclusie naar voren dat zij allen zonder twijfel opnieuw aan de behandeling zouden beginnen als zij hiertoe zouden worden uitgenodigd. Dat gold ook voor de deelnemer die een toename van zijn klachten rapporteerde. Het effect van de groepscohesie met erkenning voor de klachtbeleving lijkt hiervoor een voornaam motief te zijn geweest.

De partners, in één geval de vader, hadden allen de uitnodiging om driemaal te participeren aangenomen en ook zij zeiden hun deelname als positief te hebben ervaren. Dit had weer een stimulerende en verhelderende werking op enkele deelnemers. Zij voelden zich duidelijk herkend en erkend en ervoeren meer begrip voor hun situatie. Ook het feit dat er van een 'diagnose PDS' sprake was, gaf hun ondanks de vage betekenis een gevoel van houvast.

Het behandelteam

Na afloop van het programma van tien weken bleek dat er binnen het behandelteam een belangrijk impliciet verschil van inzicht had bestaan over de vraag of in de behandeling problemen moesten worden blootgelegd of juist toegedekt. Dat kwam vooral tot uiting in de cognitieve gedragstherapie en pogingen om intrapsychische processen door middel van ontregeling, met het oog op cognitieve herstructurering, in beweging te brengen. Dit bleek door de patiënten in dit stadium als nogal bedreigend te worden ervaren en veroorzaakte veel onrust. Dit bracht ons tot de conclusie dat zij een veel hoger niveau van onveiligheid beleefden dan door ons verwacht en door henzelf uitgedrukt werd, wat weer resulteerde in een zeer sterke controlebehoefte. Daarnaast bleek het belangrijk dat behandelaars elkaar in een startfase van een zorgprogramma snel kunnen vinden en in de gelegenheid zijn op verschillende momenten te overleggen.

Fysiotherapie was het meest omvangrijke onderdeel met drie blokken per therapiedag. De fysiotherapeuten waren daardoor goed in staat om de ontwikkelingen bij de deelnemers op kwalitatief niveau te volgen. Tijdens de fysiotherapie- en haptotherapiesessies werd gewerkt vanuit het belasting-belastbaarheidsmodel. 'Hoe belastbaar is mijn lijf?' 'Hoe uiteengrenzen in mijn belastbaarheid zich?' 'Wat is de relatie tussen mijn licha-

melijke en psychische belastbaarheid?' Kernaspecten in de begeleiding waren: veiligheid; grenzen leren kennen en respecteren; steeds over je grenzen gaan geeft alleen maar negatieve ervaringen; vanuit 'lekker in je vel' werken aan opbouw, aan positieve ervaringen.

Wat bij alle deelnemers duidelijk viel waar te nemen, was dat zij het alles-of-niets-principe hanteerden. Of ik doe niets - met alle motivaties die daar bij horen: moe, pijn, ziek, geen zin - óf ik ga voluit, fiets me te pletter, sla zo hard tegen de bal als ik maar kan. Dit leidt meestal direct weer tot terugzakken naar 'zie je wel, ik kan het niet'. Klinisch uitte zich dit in: óf lamlendigheid, niet willen, letterlijk op de grond gaan liggen, een tennisbal niet tweemaal over kunnen slaan, óf juist een basketbal keihard proberen in de basket te gooien, enzovoort. Dit gedrag ging ook gepaard met veel verbale ongecontroleerdheid en snel ontstane irritatie onderling.

Er is tijdens de therapieonderdelen sport en spel, het toestellencircuit en haptotherapie veel aandacht besteed aan uitleg over belasting en belastbaarheid en over het lijfelijk grenzen zoeken en voelen, dat wil zeggen, hoe geeft mijn lijf een grens aan, hoe voel ik dat (moeheid, hartkloppingen, duizeligheid, pijn) en hoe luister ik ernaar. Het ontwikkelen van fijngevoeligheid voor het eigen lijf maakte in de praktijk dat deelnemers eerder konden stoppen, meer rust in zichzelf konden voelen en dan bijvoorbeeld juist wél 50 of 100 keer een bal over konden spelen. Ook de relatie tussen psychisch 'niet lekker in je vel zitten' en de lichamelijke uitingen daarvan, namelijk veel lijfelijke onrust en niet kunnen overspelen, werd voor de deelnemers steeds duidelijker. Oefenvormen die steeds meer 'voelen van je eigen lijf' vroegen zoals jongleren en stokken naar elkaar overgooien, konden later in het programma goed worden uitgevoerd. De deelnemers hebben gedurende de behandelperiode meer inzicht verkregen in aspecten als: hoe zit ik in m'n vel, zelfbeheersing, hoe ga ik met de ander om en lol in bewegen.

Duidelijk werd ook dat het met 'je-eigen-lijf-voelen' ook betekent dat je 'gevoelens' duidelijker worden. Door de haptotherapeutische, grensverkennende sessies kwamen eerder ervaren grenzen, zoals die tijdens uitzendingen beleefd waren, spontaan op tafel. Voor de meeste deelnemers was dit de eerste keer dat zij echt over uitzendervaringen spraken. Ook de lijfelijke reacties hierbij waren duidelijk: hoofdpijn en duizeligheid met naderhand extreme vermoeidheid.

Psychometrische resultaten

Er is met diverse psychometrische instrumenten gepoogd om de veranderingen op korte termijn na de behandeling vast te leggen. De instrumenten die hiervoor zijn gebruikt, zijn de Symptoms CheckList (SCL-90), een multidimensionele psychopathologie-indicator; de Gezondheidstoestand Vragenlijst (SF-36), een gezondheidsvragenlijst die ook voor niet-(psychiatrische) patiënten bruikbaar is; de Utrechtse Coping Lijst (UCL), een lijst die meet hoe men geneigd is met problemen en gebeurtenissen om te gaan; de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV), een vragenlijst voor het meten van vijandigheid en woede; de Nederlandse Verkorte MMPI¹ (NVM), een persoonlijkheidstest; de Maastrichtse Eigen Gezondheids-Attitude en de Hypochondrie Vragenlijst (MEGAH), bedoeld om hypochondrie volgens de DSM-III vast te stellen of uit te sluiten; en de Toronto Alexithymie Scale (TAS-20), een instrument om na te gaan hoe iemand gevoelens en fantasieën in woorden uit.

In de TAS scoorden de patiënten 58 tot 70 op een schaal van 100 hetgeen als een betekenisvol niveau van alexithymie moet worden beoordeeld. De patiënten hadden dus aanwijsbare moeite om hun diepere gevoelens in taal uit te drukken en dit stemde overeen met de verwachting. In de MEGAH scoorden de beoordeelde patiënten beneden het niveau van hypochondriepatiënten, hetgeen in overeenstemming was met de exclusiecriteria. De uiteindelijk niet meebeoordeelde patiënt bleek in de nameting als enige een hogere score te hebben.

Uit de metingen valt op te maken dat er duidelijke verschuivingen in aard en intensiteit van symptomen hebben plaatsgevonden. De SF-36 geeft aan dat de patiënten zich na de behandeling meer beperkt voelen in hun fysiek functioneren (schaal 1), dat wil zeggen dat hun gezondheid hun inmiddels meer beperkingen oplegt als het gaat om alledaagse activiteiten. Dat varieert van het zichzelf wassen en kleden, tot stofzuigen, boodschappen tillen en hardlopen. Deze schaal heeft uitsluitend betrekking op beperkingen in het dagelijks functioneren als gevolg van de lichamelijke gesteldheid. Daarentegen maken de resultaten eveneens duidelijk dat de patiënten zich na de pilot minder somber, neerslachtig en zenuwachtig voelden, meer tevredenheid toonden en een beter humeur hadden (schalen 9 en 6). Uit de vergelijking van de gemiddelde scores

¹ De volledige Minnesota Multiphasic Personality Inventory is een zeer uitvoerige vragenlijst met een lange geschiedenis in de psychometrie en persoonlijkheidspsychologie die een groot aantal persoonlijkheidskenmerken onderzoekt.

op de SCL-90 met normscores voor psychiatrische patiënten wordt duidelijk dat de deelnemers na behandeling inderdaad minder (psychische) klachten ervaren. Hoewel de depressiescore niet 'significant' afwijkt wordt wel duidelijk dat de patiënten lager scoren op psychische spanning en angst (Ang), agorafobie (Ago), somatische klachten (Som), insufficiëntie van denken en handelen (In), wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit (Sen) en hostiliteit (Hos). Ook op de totaalscore psychoneuroticisme (Psneur) is een afname ten opzichte van gemiddelde genormeerde scores waar te nemen. De combinatie van de scores op de SF-36 en de SCL-90 maakt duidelijk dat men zich meer beperkt voelt door lichamelijke klachten, maar dat tegelijkertijd de stemming en kwaliteit van leven wat verbeterd lijken. De NVM (Som) toont bovendien aan dat minder psychische spanning zich vertaalt naar lichamelijk ongemak.

De scores op de UCL maken duidelijk dat de deelnemers aan de pilot ten opzichte van de voormeting gemiddeld meer gebruik zijn gaan maken van vermijdende copingstijlen (Ver). Vooral de fysiotherapie en haptonomie zouden hieraan kunnen hebben bijgedragen. De patiënten waren namelijk voor aanvang allen sterk geneigd tot een actieve, probleemgerichte manier van omgaan met potentiële problemen (hoge score op Act). Dit betekent dat zij een verhoogd risico liepen zichzelf teveel te belasten door hun impulsieve, ongeremde gedrag en hun onvermogen om hun inspanningen goed te doseren. Hoewel de score op deze schaal (Act) niet noemenswaardig is afgenomen, lijken zij inmiddels wel meer geneigd problemen op hun beloop te laten en zich meer afwachtend op te stellen (Ver). Dit mag in hun geval als een gunstig effect worden gezien en het kwam overeen met de doelstellingen van de fysio- en haptotherapeutische begeleiding.

Ook blijkt uit de UCL dat de patiënten zich na de behandelperiode wat meer in beslag lieten nemen door hun problemen (Pas) en meer geneigd waren 'bij de pakken neer te zitten'. Tegelijkertijd was hun neiging zichzelf gerust te stellen of te troosten (Ger) weer afgenomen, hetgeen zou kunnen beteken dat zij zich minder bezorgd waren gaan maken en minder over problemen piekerden. Daartegenover staat dat er sprake lijkt te zijn van een verminderde neiging tot het uiten van ergernis of het afreageren van spanning (Exp). Dit ondersteunt het idee dat de kwaliteit van leven enigszins is verbeterd. Dat wordt nog eens onderstreept door de ZAV waarin zij na de behandeling aanzienlijk lager scoorden op zowel de dispositionele als situationele boosheid: er was minder boosheid en minder te mopperen.

Lichamelijk functioneren en klachten hierover

Er lijkt onderlinge tegenstrijdigheid te bestaan in de uitkomsten met betrekking tot het lichamelijk functioneren. De SF-36 meet in dat opzicht echter alleen de mate van feitelijke beperking, de nagelaten handelingen, terwijl de SCL-90 de klachtenbeleving vastlegt maar niet waar dat toe leidt. Het zich richten naar zijn beperkingen interpreteren wij binnen dit kader als zinvol omdat deze patiënten de neiging vertoonden om maar steeds met het hoofd tegen de muur te lopen. Dit komt goed overeen met de bevindingen in de fysio- en haptotherapie.

In de uitkomsten van de NVM was voor behandeling een discrepantie te zien tussen de lijdensdruk (Neg) en de presentatie van lichamelijke klachten (Som): de eerste bleef achter bij de laatste. Dit wordt in het algemeen geïnterpreteerd als een appèl aan de omgeving om hulp te verlenen; het wordt ook wel als 'ziektewinst' gezien. Na behandeling was in deze schalen de lijdensdruk onveranderd maar het somatiseren was significant afgenomen. Dit betekent naar ons inzicht dat de lichamelijke klachten minder belangrijk waren geworden in de communicatie van de patiënten met hun omgeving, er werd minder appèl gedaan op de omgeving. Ook dit is dus een nuttig behandelingsresultaat en in overeenstemming met de doelstelling van de therapie.

De afname van de lichamelijke (psychosomatische) klachtenbeleving in de SCL-90 bij het onveranderd blijven van de fysieke beperkingen in de SF-36 betekent naar ons oordeel dat de klachten minder diffuus zijn geworden, hetgeen ons in overeenstemming lijkt met het bovenstaande. De verschuiving in het patroon van coping (UCL) naar meer passief gedrag zou kunnen betekenen dat beter zichtbaar wordt wat er onder het impulsieve gedrag van de patiënten schuil ging. Het kan ook of misschien juist daardoor betekenen dat hun toestand zich in depressieve richting ontwikkelt. Dit zou kunnen passen in de opvatting dat de onderhavige groep 'syndromen' een soort voorstadiën zijn van meer 'ontwikkelde' of 'uitgerijpte' psychiatrische toestandsbeelden als de depressie in engere zin of een posttraumatische stress-stoornis. Primaire (somatoforme) verdringing is ook een mogelijke verklaring voor dit fenomeen, hetgeen in de tijd, bij juist aanspreken op het niveau van de klachten een fundamentele beïnvloeding in symptoom en betekenisrelevantie kan laten zien. Het kader leverde immers op dat er ruimte ontstond in patronen die tevoren 'vastzaten' en uitsluitend zichzelfherhalende negativistische somatoforme fenomenen faciliteerde. De 'covert hostility' wijzigde

zich klinisch ook naar een meer gedifferentieerde uiting van ongenoegen en frustratie. Het betekent in ieder geval dat er toch aanzienlijke problemen zijn overgebleven. Het is niet uit te sluiten dat zulke patiënten later nog een meer gedifferentieerde vervolgbehandeling nodig zullen hebben.

Op niveau van de klachtenbeleving lijkt het er op dat er juist meer verbetering heeft plaatsgevonden dan zij zelf willen erkennen. Dit blijkt vooral uit de zeer algemene verbetering op de SCL-90. Het zijn hier vooral de psychische klachten, die zij zelf geneigd zijn te ontkennen, die zijn afgenomen. En dit waren juist klachten waarmee ze niet goed raad wisten.

Conclusies

Op grond van de bevindingen van de diverse behandelaars, de psychometrische resultaten, en de veranderingen in beleving van het lichamelijk functioneren lijkt het erop dat de door het Centraal Militair Hospitaal gehanteerde behandelmethode voor het zogenaamde post-deployment-syndroom werkzaam kan zijn. Hoewel er slechts drie evalueerbare patiënten van de aanvankelijke zes geïnccludeerde patiënten zijn overgebleven, wijzen de resultaten wel in een richting, die overeenkomt met de doelstelling. De patiënten hebben steun bij elkaar gevonden, voelen zich meer erkend, hun kwaliteit van leven is toegenomen en hun gedrag patronen lijken iets beter aangepast in relationele zin. Dat geldt zowel voor de relaties met hun primaire steuncircuit als ook voor de relatie met hun werkgever. Het is mogelijk dat er zich na de behandeling op langere termijn nog meer veranderingen voltrekken. Als een therapie succesvol is geweest blijkt dat vaak uit verbeteringen die voor de betrokkene zelf, direct na afloop, nog niet altijd zichtbaar zijn. Ook is het mogelijk dat er zich, na een behandeling als deze, meer gedifferentieerde hulpvragen ontwikkelen die daarmee ook genuanceerder kunnen worden beantwoord. Belangrijk is daarnaast nog de medische consumptie op langere termijn, die wij voor deze groep nog niet hebben kunnen beoordelen. En tenslotte is een resultaat van de behandeling de visie en reflectie die ontstaat op een kritische fase uit hun leven die - zoals een van de deelnemers verwoordde - 'mijn hele bestaan door de gehaktmolen heeft gehaald'.

Het toekennen van een diagnose aan een complex van klachten als zodanig geeft erkenning hetgeen een praktische reden kan zijn voor het han-

teren van een dergelijke diagnose (De Loos, 2000). Dit kan bijvoorbeeld toegang geven tot zorg en is tevens een vorm van rechtvaardiging. Daarmee vormt het dus een sociaal aspect van het medisch diagnostische proces (Wegman et al., 1997). Het heeft, in sociale zin, echter ook nadelige kanten, namelijk dat het patiënten kan bevestigen in hun ziektebeleving en hun herstel kan belemmeren. Ook zou het kunnen leiden tot aanspraken in de zin van letselschade en inkomensvergoedingen, waarmee er een belang zou kunnen ontstaan om patiënt te blijven. Dit verschijnsel wordt secundaire ziektewinst of renteneurose genoemd. Hierover bestaat in de literatuur nogal wat discussie (Mayou, 1996) en het is beslist niet zeker dat dit altijd de uitkomst moet zijn: die is namelijk ook van andere factoren afhankelijk. Naar eigen klinische ervaring en overeenkomstige prospectieve studies in de literatuur is het omgekeerd zeker niet het geval dat patiënten plotseling 'genezen' nadat zij een vergoeding hebben ontvangen (Mayou, 1995; Mendelson, 1995; Blanchard et al., 1998). Wel hebben deze overwegingen ertoe geleid dat aanspraakprocedures een reden zijn om een patiënt onder die omstandigheden - nog - niet in behandeling te nemen (Frueh et al., 1997).

Oorspronkelijk wetenschappelijk onderzoek zal in de toekomst het inzicht moeten vergroten in de aard van de gehanteerde diagnostische categorie. Vanuit wetenschappelijke economie dient men zo weinig mogelijk aannamen te introduceren en te zoeken naar aanknopingspunten bij bestaande, aan toetsing onderworpen theorieën. De homogeniteit van de onderhavige symptomencomplexen is het eerste punt van aandacht. Niet zelden blijkt een post-deploymentsyndroom zich gaandeweg te ontwikkelen tot een herkenbare posttraumatische stress-stoornis of een andere psychiatrisch diagnostische classificatie. Het PDS kan enerzijds als een ongedifferentieerde somatoforme stoornis worden opgevat, als een somatoform autonoom dysfunctiesyndroom of als een psychosomatisch syndroom, al naar gelang de terminologie die men wenst te kiezen. Anderzijds kan men het ook opvatten als een voorloper in de ontwikkeling van stemmings- of angststoornissen op preverbaal niveau naar stoornissen op verbaal-volwassen niveau. Hierbij benoemt de patiënt ook gevoelens en vertelt verhalen die verbonden zijn met gebeurtenissen in zijn leven. Dit is een vorm van introspectie, zoals het kind zich vanuit zijn alexithymie tot een volwassene ontwikkelt. Bij enkele van de behandelde patiënten is dit het geval gebleken.

Voorts dient men te zoeken naar gemeenschappelijke elementen binnen de groep patiënten en tussen diagnostische eenheden zoals bijvoorbeeld

naar problemen in de impulsregulatie en psychofysiologische overprikkelbaarheid. Zulke eigenschappen kunnen verworven zijn maar ook al in de vroege jeugd zijn ontstaan en door de dienstervaringen zijn versterkt (De Loos, 2000). Zulke inzichten zullen op hun beurt de therapeutische mogelijkheden preciseren en hopelijk vergroten.

Als laatste kanttekening moet worden opgemerkt dat de effectmetingen van onze behandelmodaliteit nog verre van volmaakt zijn, en op basis van deze gegevens niet geëxtrapoleerd mogen worden naar de groep als geheel. Naast de reeds gehanteerde psychologische instrumenten zullen ook meer objectieve eindpunten moeten worden bepaald, zoals het gebruik van medische voorzieningen, medicijngebruik, werkhervatting, aanspraak op sociale voorzieningen, nieuwe medisch geobjectiveerde diagnoses, gewelddadige dood en dergelijke. In aansluiting op de opmerkingen in de voorgaande alinea zouden biologische parameters zoals psychofysiologische metingen, inspanningsvermogen (conditie) en actometer-resultaten relevant kunnen zijn.

Samenvatting

Met een post-deploymentsyndroom worden gezondheidsklachten bij uitgezonden militairen en veteranen aangeduid die een overwegend lichamelijk karakter hebben maar medisch onverklaard blijven. Zij worden daarbij in de regel aan de bedoelde operationele uitzending(en) toegeschreven omdat zij kortere of langere tijd erna zijn ontstaan. In Nederland blijken zich zulke klachten te kunnen voordoen na vrijwel alle soorten uitzendingen. Er is grote gelijkenis met het Golfoorlogsyndroom en met andere veteranensyndromen in de loop van de geschiedenis. Ook zijn er overeenkomsten met syndromen uit de civiele sector zoals het chronische-vermoeidheidssyndroom, het primaire fibromyalgiesyndroom en andere onbegrepen pijnsyndromen. Voor deze syndromen bestaan nog geen algemeen aanvaarde vormen van behandeling maar de literatuur vermeldt wel ontwikkelingen waarbij kan worden aangeknoopt. Ook is er in de Verenigde Staten een aanzet gegeven tot een behandelingsvorm als antwoord op de verschijning van het genoemde Golfoorlogsyndroom.

In het Centraal Militair Hospitaal (CMH) is er in de eerste helft van 2002 een proefbehandeling (pilot) uitgevoerd om te trachten dit gezondheidsprobleem binnen de krijgsmacht en bij veteranen het hoofd te bieden. Een belangrijke aanleiding en steun hiervoor was het advies van de

Commissie Tiesinga III over de bevindingen van het Gezondheidsonderzoek (Tiesinga, 2000). Ondanks het medisch onbegrepen karakter van de aandoening is het gelukt om de eerste pilot-behandelingsronde van een groep militairen en veteranen met een post-deploymentsyndroom tot een goed einde te brengen. In het Centraal Militair Hospitaal is er in de eerste helft van 2002 een proefbehandeling uitgevoerd om te trachten dit gezondheidsprobleem binnen de krijgsmacht en bij veteranen het hoofd te bieden. Deze behandeling heeft bestaan uit:

- een cognitieve, gedragstherapeutische interventie gericht op zelfwaardering, de eigen gezondheidsbeleving en hoe hierin verandering te bereiken;
- lichamelijke oefentherapie gericht op het evenwicht tussen belasting en belastbaarheid, interactie in sport en spel en het verkennen van de persoonlijke grenzen, onder meer in relatie tot het eigen lichaam;
- gezondheidseducatie in brede zin met onder meer aandacht voor de geschiedenis van veteranenziekten, stress en diverse lichamelijke klachten;
- gevat in en omlijst door het principe van casemanagement als algemene ondersteuning van de deelnemende patiënten.

De behandeling besloeg een periode van tien weken waarin de deelnemers twee dagen per week op basis van dagbehandeling in het CMH aanwezig waren. Van de zes patiënten is er na korte tijd één uitgevallen. De overigen hebben het programma geheel doorlopen. De behandelde patiënten en hun partners hebben zich over de uitkomst tevreden betoond en de gemeten parameters geven aan dat zij er in het algemeen op vooruit zijn gegaan. Bij een eerste analyse van de resultaten bleek allereerst dat de geëvalueerde patiënten hun gezondheid beoordeelden op een niveau dat dat van poliklinische psychiatrische patiënten benaderde. Zij bleken door de behandeling vooral vooruitgang te boeken op de dimensies van angst, agorafobie, lichamelijke klachtenbeleving, insufficiëntiegevoelens, wantrouwen, vijandigheid, neuroticisme, sociale steun, het uiten van emoties, vluchten in troostende gedachten, emotionele rolbeperking en zelfcontrole, en pijnklachten. Zij leken bovendien genuanceerder met hun beperkingen en mogelijkheden om te gaan hetgeen een belangrijke doelstelling van de behandeling was. Zij ervoeren ook meer erkenning en steun, onder meer in het primaire milieu, het gezin.

Een post-deploymentsyndroom heeft nog geen vastomlijnde status in de

ziektekunde en er bestaat al evenmin consensus over de oorzaken ervan of de behandeling. Ondanks het medisch onbevredigende karakter ervan is het duidelijk dat er oplossingen geboden zijn. De hier beschreven pilot biedt daartoe een aanzet. Zij sluit aan bij vergelijkbare pogingen in de Verenigde Staten en wordt ook gesteund door de nog beperkte literatuur op dit gebied. Er is een duidelijke analogie met aandoeningen als het primaire fibromyalgiesyndroom en het chronische-vermoeidheidsyndroom in de civiele sector (Bass & May, 2002; Richards & Scott, 2002). In de Nederlandse situatie op het CMH zou het dan ook wenselijk zijn om meer ervaring op te doen met de uitingsvormen van PDS teneinde meer zicht te krijgen op zowel de behandeling alsook de mogelijke psychologische en biologische factoren die aan dit probleemgebied ten grondslag liggen.

Literatuur

Bass, C. & S. May, 'Chronic multiple functional somatic symptoms [ABC of psychological medicine]', in: *BMJ* vol. 325 (2002) pp. 323-326.

Blanchard, E.B., E.J. Hickling, A.E. Taylor, T.C. Buckley, W.R. Loos & J. Walsh, 'Effects of litigation settlement on posttraumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims', in: *J Traum Stress* vol. 11 (1998) pp. 337-354.

Chalder, T., M. Hotopf, C. Unwin, K. Ismail, A. David, S. Wessely, 'Prevalence of Gulf war veterans who believe they have Gulf war Syndrome: questionnaire study', in: *BMJ* vol. 323 (2001) pp. 473-476.

Cherry, N., F. Creed, A. Silman, G. Dunn, D. Baxter, J. Smedley, S. Taylor & G.J. Macfarlane, 'Health and exposures of United Kingdom Gulf war Veterans', in: *Occup Environ Med* vol. 58 (2001) pp. 291-298.

DaCosta, J.M., 'On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences', in: *Am J. Med Sci* vol. 61 (1871) pp. 17-52.

Engel, C.C., M. Roy, D. Kayanan & R. Ursano, 'Multidisciplinary Treatment of Persistent Symptoms after Gulf War Service', in: *Mil Med* vol. 163 (1998) pp. 202-208.

Frueh, B.C., P.B. Gold, M.A. de Arellano, 'Symptom overreporting in combat veterans evaluated for PTSD: differentiation on the basis of compensation seeking status', in: *J Person Assess* vol. 68 (1997) 2, pp. 369-384.

Fukuda, K., R. Nisenbaum, G. Stewart, W.W. Thompson, L. Robin, R.M. Washko, D.L. Noah, D.H. Barrett, B. Randall, B.L. Herwaldt, A.C. Mawle & W.C. Reeves, 'Chronic multisymptom illness affecting Air Force veterans of the Gulf War', in: *JAMA* vol. 280 (1998) pp. 981-988.

- Gray, G.C., B.D. Coate, C.M. Anderson, H.K. Kang, S.W. Berg, F.S. Wignall, J.D. Knoke & E. Barrett-Connor, 'The postwar hospitalization experience of U.S. veterans of the Persian Gulf War', in: *NEJM* vol. 335 (1996) pp. 1505-1513.
- Haley, R.W., 'Is there a Gulf War syndrome? Searching for syndromes by factor analysis of symptoms', in: *JAMA* vol. 227 (1997) 3, pp. 215-222.
- Hyams, K.C., J. Riddle, D.H. Trump & M.R. Wallace, 'Protecting the Health of United States Military Forces in Afghanistan: Applying Lessons Learned since the Gulf War', in: *Clin Infect Dis* vol. 34 (2002) Suppl 5, pp. S208-214.
- Ismail, K., B. Everitt, N. Blatchley, L. Hull, C. Unwin, A. David & S. Wessely, 'Is there a Gulf War syndrome?', in: *The Lancet* vol. 353 (1999) pp. 179-182.
- Jones, E., R. Hodgins-Vermaas, H. McCartney, B. Everitt, C. Beech, D. Poynter, I. Palmer, K. Hyams & S. Wessely, 'Post-combat syndromes from the Boer war to the Gulf war: a cluster analysis of their nature and attribution', in: *BMJ* vol. 324 (2002) Feb. 9, pp. 321-4.
- Kang, H.K. & T.A. Bullman, 'Mortality among U.S. veterans of the Persian Gulf War', in: *NEJM* vol. 335 (1996) pp. 1498-1504.
- Kroenke, K., 'Symptoms in 18,495 Persian Gulf War veterans. Latency of onset and lack of association with self-reported exposures', in: *J Occup Environ Med* vol. 40 (1998) pp. 520-528.
- Lewis, Thomas, *The soldier's heart and the effort syndrome*. London: Shaw, 1918.
- Loos, W.S. de, *Post-Deployment Syndromen. Research en Behandeling in het Centraal Militair Hospitaal*. Extern Advies uitgebracht aan de Medische Staf CMH, 1999.
- Loos, W.S. de, 'Somatic war syndromes: no man's land between the trenches?', in: *Eur J Clin Invest* vol. 30 (2000) pp. 566-569.
- Mayou, R., 'Medico-legal aspects of road traffic accidents', in: *J Psychosom Res* vol. 39 (1995) pp. 789-798.
- Mayou, R., 'Accident neurosis revisited (Editorial)', in: *Brit J Psychiatry* vol. 168 (1996) pp. 399-403.
- Mendelson, G., 'Compensation neurosis' revisited: outcome studies of the effects of litigation', in: *J Psychosom Res* vol. 39 (1995) pp. 695-706.
- Mulder, Y.M. & S.A. Reijneveld. *Gezondheidsonderzoek UNPROFOR. Een onderzoek onder militairen die uitgezonde zijn geweest naar Lukavac, Santici en Busovaca (Bosnië-Herzegovina) in de periode 1994-1995*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1999.
- Nisenbaum, R., D.H. Barrett, M. Reyes & W.C. Reeves, 'Deployment stressors and a chronic multisymptom illness among Gulf War veterans', in: *J Nerv Ment Dis* vol. 188 (2000) pp. 259-266.

Plan van Aanpak Zorg- en Onderzoekslijn Post Deployment Syndromen. Voorbereidingscommissie PDS, 1999.

Reid, S., M. Hotopf, L. Hull, K. Ismail, C. Unwin & S. Wessely, 'Multiple chemical sensitivity and chronic fatigue syndrome in British Gulf War veterans', in: *Am J Epidem* vol. 153 (2001) pp. 604-609.

Richards, S.C.M. & D.L. Scott, 'Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomised controlled trial', in: *BMJ* vol. 325 (2002) pp.185-188.

Soetekouw, P.M.M.B., M. de Vries, L.F.J.M. van Bergen, J.M.D. Galama, A. Keyser, G. Bleijenberg & J.M.W. van der Meer, 'Somatic Hypotheses of War Syndromes', in: *Eur J Clin Invest* vol. 30 (2000a) pp. 630-641.

Soetekouw, P.M.M.B., P.M.M.M. de Vries, G. Bleijenberg & J.W.M. van der Meer, *Het Post-Cambodja Klachten Onderzoek Fase II*. Nijmegen: UMC St. Radboud, 2000b.

Straus, S.E., 'Caring for patients with chronic fatigue syndrome. Conclusions in CMO's report are shaped by anecdote not evidence', in: *BMJ* vol. 324 (2002) pp. 124-125.

Tiesinga, Commissie, *Rapportage Begeleidingscommissie Post Cambodja Klachten Fase II*, 12 december 2000.

Tiesinga III, Commissie, *Gezondheidsonderzoek UNPROFOR: Lukavac - Sanici - Busovaca (Bosnië-Herzegovina). Rapportage en beleidsaanbevelingen*. Den Haag: [s.n.], 1999.

Trump, D.H., J.F. Mazzuchi, J. Riddle, K.C. Hyams & B. Balough, 'Force health protection: 10 years of lessons learned by the Department of Defense', in: *Mil Med* vol. 167 (2002) pp. 179-185.

Unck, FAW., Intern Memorandum. CMH. 17 maart 1999.

Voelker, M.D., K.G. Saag, D.A. Schwartz, E. Chrischilles, W.R. Clarke, R.F. Woolson & B.N. Doebbeling, 'Health-related quality of life in Gulf War era military personnel', in: *Am J Epidem* vol. 155 (2002) pp. 899-907.

Vries, M. de, P.M.M.B. Soetekouw, J.M.W. van der Meer & G. Bleijenberg, 'Fatigue in Cambodia veterans', in: *Quart J Med* vol. 93 (2000) pp. 283-289.

Vries M. de, P.M.M.B. Soetekouw, J.M.W. van der Meer & G. Bleijenberg, 'Natural course of symptoms in Cambodia veterans: a follow-up study', in: *Psychol Med* vol. 31 (2001) pp. 331-333.

Vries, M., *Post-Deployment Syndrome in Cambodja Veterans*. Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen, 2002.

Wegman, D.H., N.F. Woods & J.C. Bailar, 'Invited commentary: How would we know a Gulf war syndrome if we saw one?', in: *Am J Epid* vol. 146 (1997) pp. 704-711.

Whiting, P., A.M. Bagnall, A.J. Sowden, J.E. Cornell, C.D. Mulrow & G. Ramirez, 'Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome. A systematic review', in: *JAMA* vol. 286 (2001) pp. 1360-1368.